

TERMO DE ADITAMENTO
AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PME - Pequena e Média Empresa e PME - Alto Tietê

O presente aditivo é parte integrante do Contrato de Assistência Médica Hospitalar e Proposta de Adesão PME nº _____

1. OBJETO

1.1. O presente instrumento tem como objeto garantir aos **BENEFICIÁRIOS** optantes pelos planos **PADRÃO UNIPLAN, INTEGRAL UNIPLAN, SUPREMO UNIPLAN, ABSOLUTO I UNIPLAN, ABSOLUTO II UNIPLAN E ABSOLUTO III UNIPLAN** o **PLANO DE REMISSÃO ASSISTENCIAL - PRA.**

1.1.1. Quando do óbito do **Beneficiário Titular**, os **Beneficiários dependentes** incluídos no plano terão continuidade de atendimento para as coberturas de assistência médica pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, ou até a perda da condição de dependência, a partir da data do óbito do **Beneficiário Titular**, livre de qualquer pagamento de mensalidades, de conformidade com as condições previstas neste Aditivo, e observadas as seguintes condições:

1.2. Serão elegíveis ao plano de Remissão Assistencial os **Beneficiários Titulares** que possuam até 70 (setenta) anos na data da vigência do contrato.

1.3. Os **Beneficiários dependentes** terão direito ao benefício após o cumprimento do prazo de carência de 240 (duzentos e quarenta) dias, contados a partir da data da sua inclusão no Contrato. Na hipótese de ocorrer o óbito do **Beneficiário Titular** na fluência do prazo, não haverá direito ao benefício.

1.4. Serão considerados os seguintes dependentes para efeito da Remissão Assistencial:

- I - Cônjuge;
- II - Filhos solteiros e filhas solteiras, até 24 anos;
- III - Equiparados aos filhos e filhas, nas condições acima:
 - o enteado;
 - o menor cuja guarda seja determinada por decisão judicial;
 - o menor tutelado

- 1.5. **Inclusões de novos Beneficiários dependentes**, posteriores à inclusão do Beneficiário titular no contrato, ficarão subordinadas a **um prazo de carência especial de 12 (doze) meses**, a partir do cadastramento, para efeito de percepção dos benefícios.
- 1.6. O filho(a) nascido(a) na vigência do plano deverá ser incluído como Beneficiário no prazo de até 30 (trinta) dias do nascimento. A não obediência deste prazo obrigará o cumprimento da carência especial de 12 (doze) meses prevista na cláusula anterior.
- 1.7. Em caso de mudança no tipo de plano para plano de padrão superior, **será exigido novo prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias**. O falecimento, antes de cumprido esse prazo, acarretará na utilização dos serviços de acordo com o padrão de plano anterior, durante todo o período de remissão.
- 1.8. A falta de pagamento das mensalidades do plano de Assistência Médica acarretará a suspensão automática do Plano de Remissão Assistencial, perdendo o Beneficiário titular e dependente o direito ao recebimento do benefício decorrente de evento ocorrido no período de suspensão, mesmo sendo efetuados os pagamentos posteriormente.
- 1.9. Para usufruir do benefício, os Beneficiários Dependentes deverão apresentar à **CONTRATADA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do óbito, os seguintes documentos:
- Formulário de Notificação de Sinistro por Morte;
 - Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
 - Cópia autenticada do CPF e RG do titular e dos dependentes;
 - Cópia autenticada da Certidão de Casamento (quando cônjuge) e Certidão de Nascimento (quando filhos);
 - Declaração de únicos herdeiros (se divorciados, sem companheiro(a) e com filhos(as));
 - Declaração de ausência de companheiro(a) e filhos(as);
 - Boletim de Ocorrência em caso de morte acidental;
 - Outros documentos que a **CONTRATADA** julgar necessários para regulação do sinistro.
- 1.10. O benefício começa a vigorar em até 30 (trinta) dias corridos, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados e informações necessárias à comprovação do evento. Entretanto, fica reservado à **CONTRATADA** o direito de solicitar outros

documentos que julgue necessário. Neste caso, a análise será suspensa e reiniciada a contagem do prazo de cobertura.

- 1.11. Não serão permitidas novas inclusões de Beneficiários Dependentes a partir do óbito do Titular.
- 1.12. Transcorrido o período da Remissão Assistencial o(s) Beneficiário(s) dependente(s), poderão solicitar sua adesão a um Contrato individual/familiar desde que assim desejem, e de acordo com as condições contratuais e tabelas de preços vigentes à época.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Estão excluídos do Plano de Remissão Assistencial os eventos ocorridos em consequência de:
 - a. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b. Atos ou operação de guerra, declarada ou não, da guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublimação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
 - c. Suicídio voluntário e premeditado ou sua tentativa;
 - d. Prática de atos ilícitos ou contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação.

3. DUPLICIDADE DE CONTRATAÇÃO

3.1. Somente será aceita a contratação de um Plano de Remissão Assistencial com as características aqui apresentadas. Caso seja contratado mais de um Plano de Remissão Assistencial com as mesmas características e coberturas, o Beneficiário receberá apenas uma cobertura, correspondente ao primeiro contrato efetuado, ficando os demais sem efeito.

O presente termo aditivo vigora a partir da data de sua assinatura e terá sua vigência condicionada ao Contrato principal permanecendo inalteradas as demais cláusulas.

São Paulo, de de .

Assinatura Unimed Paulistana

Assinatura da Empresa Contratante